

Modello A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ **il** _____ **C.F.** _____

In qualità di rappresentante legale dell'ASD/SSD affiliata

Denominazione _____

C.F. _____

Indirizzo Impianto _____

ATTESTA

Per la gara del _____

Tipo e n° matricola defibrillatore _____

Operatore abilitato BLSD _____

C.F. _____

Data

Firma

Il presente modulo va inviato almeno 48 h prima della disputa delle gare all'indirizzo
campania@uisp.it